

Vigilance, risques et fragilité. Autour des personnes affaiblies par le grand âge

Pierre. A. Vidal-Naquet

Introduction

Parce qu'elle renvoie à la notion de surveillance, voire même selon le dictionnaire à celle de « surveillance soutenue », la vigilance pourrait conduire notre réflexion vers le Panoptique de Bentham. Voir sans être vu, faire savoir aux assujettis qu'ils sont observés quand bien même ils ne le sont pas ; tel est le principe d'un modèle de surveillance qui présente toutes les garanties d'efficacité. Dans un tel système, la vigilance ne peut-être prise en défaut, puisque même relâchée, elle continue à produire ses effets. Le dispositif technique centralisé oblige chacun à conformer ses conduites aux normes imposées par le présumé regard. Mais la vigilance ne s'épuise pas dans un tel mode disciplinaire de surveillance. Elle évoque aussi bien autre chose que l'imposition des contraintes ou le contrôle des transgressions. Elle est aussi une disposition de bienveillance. Dans cette perspective, faire preuve de vigilance, c'est en quelques sortes porter attention, manifester de la sollicitude, montrer de la prévenance, bref avoir le souci de l'autre.

Lorsqu'elle est associée à ce souci de l'autre, la vigilance revêt, dans le contexte d'aujourd'hui, un tour particulier. Elle ne peut, en effet, s'exercer à l'encontre des exigences d'autonomie du sujet. Il ne s'agit pas seulement de veiller à ce que l'autre soit doté de toutes les ressources considérées comme nécessaires à son bien-être; encore faut-il tenir compte de ses choix, respecter ses libertés d'arbitrage, reconnaître ses aptitudes à construire son propre univers de normes et de valeurs. Dans ce cadre, la détermination des cibles de la vigilance ne résulte pas seulement d'une identification objective des besoins et des manques. Elle doit aussi tenir compte des attentes du sujet. La vigilance implique donc son consentement ou mieux encore son implication. Dès lors, elle consiste aussi à vérifier que les conditions d'expression sont bien assurées. En fait, au travers de l'exercice de la vigilance, s'exprime une tension entre logique d'autonomie et logique de bienveillance. Le fait de « veiller sur quelqu'un » suppose une asymétrie de la relation. Celui qui veille prend soin de l'autre, plus faible, qui n'a pas les moyens de se prendre totalement en charge. Mais en même temps il tente de corriger ce déséquilibre en s'efforçant de faire droit à l'exigence d'autonomie du sujet. Dès lors, la posture de vigilance combine deux types d'attention : l'une orientée vers le repérage des carences et des déficits ; l'autre vers la reconnaissance des aspirations et des volontés.

Cet équilibre que tente de maintenir la posture de vigilance n'est cependant jamais véritablement acquis. Il est en particulier mis en défaut lorsque l'expression de la volonté fait problème, qu'elle se présente sous une forme dégradée, que son interprétation est incertaine, ou bien encore lorsque les choix opérés par le sujet mettent celui-ci en péril. En bref, lorsque ceux qui font l'objet de la vigilance ne bénéficient pas de toutes les capacités leur permettant de disposer d'eux-mêmes ou bien encore lorsque de telles capacités ne sont pas reconnues. Dans ce cas, la tentation est grande de se passer de la participation du sujet, d'assurer sa protection envers et contre lui, ou du moins en l'absence de son consentement.

Une telle posture peut être observée dans le cas des personnes qui sont affaiblies par l'âge, non seulement sous l'angle de leurs aptitudes physiques mais aussi de leurs facultés mentales. Cela dit, d'autres démarches s'expérimentent aujourd'hui qui tentent de préserver l'autonomie des sujets en dépit de leur fragilité, en particulier en s'appuyant sur des dispositifs où la vigilance, sous des formes renouvelées, occupe une place centrale.

La logique de la bienveillance

Ce n'est en effet qu'assez récemment que semble avoir été mise à l'ordre du jour la question de la participation des personnes vieillissantes en perte d'autonomie à la définition de leur trajectoire de vie. Dans le domaine social mais plus encore dans le domaine médical, c'est un modèle plutôt paternaliste qui s'est longtemps imposé. Ainsi, le premier code de déontologie médicale (1947) repose de façon très claire sur le constat d'un déséquilibre fondamental entre le patient et son médecin. Pour le Président de l'Ordre National des Médecins de l'époque, « le consentement éclairé du malade n'est en fait, qu'une notion mythique. Le patient, à aucun moment, ne connaissant au sens exact du terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment consentir ni à ce qui est affirmé, ni à ce qui est proposé ». Le malade « à peu près complètement aveugle » et « essentiellement passif » ne peut dans ces conditions, ni exprimer librement sa volonté ni faire des choix pertinents. C'est donc au médecin de juger ce qui est bon pour lui et de décider à sa place.

Cette assignation du malade à la passivité, qui a profondément marqué les relations thérapeutiques, a aussi affecté les modalités de prise en charge de la vieillesse « de plus en plus conçue comme une maladie à traiter et à prévenir » (M. Le Sommer-Péré, 2004). Généralement considérées sous l'angle de leurs déficiences physiques et/ou mentales, les personnes du grand âge ont alors tendance à faire l'objet de traitements thérapeutiques, quand bien même leur souffrance est d'origine existentielle, familiale ou sociale (J. C. Henrard, J. Ankri, 2003). Plus largement, elles sont aidées – quand elles le sont – en fonction de l'évaluation standardisée de leurs insuffisances. Dans ces conditions, ce sont les normes biologiques et/ou sociales qui servent de référentiels à l'aune desquels apprécier les besoins. L'avis et l'implication des bénéficiaires de l'assistance ne sont pas particulièrement recherchés, leur subjectivité – inévitablement parasitée par l'émotion et les affects – étant plutôt considérée comme un obstacle à la détermination des projets d'aide ou des programmes de soin.

La logique de la bienveillance est au cœur du modèle paternaliste. Adossés à leur savoir – médical ou social – des professionnels ont pour mission de veiller au bien-être d'autrui et, le cas échéant, d'en éviter la détérioration. Ils adoptent ainsi une posture de vigilance dont les caractéristiques sont largement déterminées par l'asymétrie de la relation d'aide. En situation de surplomb, ce qui retient leur attention, ce sont principalement les écarts à la norme. De l'ampleur de cet écart dépend leur mobilisation et leurs interventions. Les éventuelles plaintes émanant du sujet ne sont pas ignorées, mais, considérées comme des indices, elles sont interprétées et retraduites dès lors que leur formulation n'entre pas vraiment dans les schémas explicatifs disponibles. Par ailleurs, si l'objet de la vigilance est la distance qui sépare le normal du pathologique ou de la déviance, il est aussi construit en fonction du type d'aide mobilisable. C'est ainsi que la peur du vieillissement ou de l'approche de la mort, la crainte de la solitude peuvent être diagnostiquées comme des dépressions car les praticiens peuvent y répondre par des prescriptions médicamenteuses.

Mais surtout le moment de la vigilance est ici limité dans le temps. Polarisée en effet sur le repérage de l'écart à la norme et des dysfonctionnements apparents, la vigilance est censée pouvoir déclencher l'alerte et la mobilisation des actions nécessaires à la réduction de cet écart. Le relâchement de la vigilance est envisageable dès lors que se profile la fin de la crise et le retour à la norme. Dans ces conditions, la posture de vigilance n'est pas intégrée dans la relation d'aide. Elle est requise à certains moments particuliers, lorsque émergent certains désordres manifestes. Elle cesse avec le retour à l'ordre.

La limitation temporelle de la vigilance est très étroitement liée à la segmentation des interventions médicales et sociales, d'une part, et à la modestie des moyens disponibles, d'autre part. En effet, les spécialisations professionnelles conduisent à l'autonomisation des différents traitements dont les résultats ne sont alors évalués qu'au regard de la spécialité considérée. On peut comprendre qu'une issue favorable sur un registre particulier puisse mettre fin au dispositif de vigilance concernant ce même registre. Mais le bornage temporel de la vigilance est aussi conditionné par l'insuffisance des moyens disponibles. La vigilance, qui repose sur l'intervention humaine, est particulièrement chronophage. D'où la préférence qui est généralement accordée aux solutions techniques qui réduisent autant que faire se peut le moment de la vigilance. Concernant les personnes du grand âge, de telles solutions sont diverses. Elles passent par l'imposition de certains soins (sondes gastriques par exemple), par la restriction de la liberté d'aller et venir, par la contention chimiothérapeutique ou physique, par l'enfermement et à l'extrême par l'abandon. Autant de modalités d'action de soutien qui réduisent, à des degrés divers, le temps passé à l'exercice de la vigilance.

Le souci du consentement

Le modèle paternaliste, très présent dans la déontologie médicale de l'après-guerre et, dans une certaine mesure, dans le travail social, tend à évoluer au bénéfice d'un modèle plus équilibré, accordant plus de place à l'usager. C'est d'abord dans le domaine social que les transformations se manifestent. Ainsi, dès 1949, le Code de Déontologie des Assistantes Sociales insiste sur le respect de la personne, sur le non-jugement et enfin sur l'enjeu de la recherche du consentement de l'usager (B. Bouquet, 2004). Plus tard les éducateurs, mettent en avant les valeurs de neutralité bienveillante, de non directivité, et de réflexivité dans le processus éducatif. Aujourd'hui, c'est la souffrance psychique et sociale qui occupe le devant de la scène. L'allègement de cette souffrance, invalidante, ne peut provenir unilatéralement de l'aidant. Celui-ci est appelé au contraire à occuper une position plus discrète d'accompagnement de la personne sur le chemin de la restauration de l'estime de soi (J. Ion et alii, 2005).

Dans le champ de la santé, les évolutions ne suivent pas la même temporalité, la frontière entre le savoir-savant et le savoir profane étant beaucoup plus nette que dans le champ du travail social. Néanmoins, une succession de dispositions législatives et réglementaires tendent à ré-équilibrer le rapport entre le médecin et le malade. Récemment, la loi du 2 mars 2002, consacre le droit à l'autonomie du malade puisque cette loi prévoit qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Dans ces conditions, « le consentement devient l'instrument privilégié du droit à l'autonomie de la personne malade » (P. Mistretta, 2002).

Cette évolution dans le champ social et dans celui de la santé se traduit par l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge des personnes affaiblies par le grand âge. A côté de l'approche déficitaire classique et encore largement dominante, fondée sur le repérage et

l'objectivation des besoins, se développe un courant qui tente de recueillir le consentement des personnes âgées dans les décisions qui les concernent. Ainsi la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, publiée en 1997 par la Fondation Nationale de Gérontologie et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, stipule, dès son premier article intitulé « choix de vie », que « toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie ». Les articles qui suivent déclinent les différents domaines dans lesquels cette liberté de choix doit pouvoir s'exercer (domicile, institutions, transports en commun, ville, patrimoine, soins). Mais il est important de noter que le même premier article précise que le principe d'autonomie ne doit pas être limité sous le prétexte que les choix peuvent parfois s'accompagner d'une certaine prise de risque. Ainsi, la personne âgée « doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage ».

Le droit au risque

Cette introduction de la notion de risques dans un document relatif aux droits et aux libertés de la personne âgée dépendante est significative d'une transformation de la relation d'aide. C'est en effet la préservation de la liberté du sujet qui est affichée ici comme étant prioritaire et non pas sa sécurité. L'autonomie ne va pas sans risques, mais c'est le sujet concerné qui apprécie ceux qu'il accepte ou non de prendre. Dans ces conditions, c'est encore lui qui filtre, en quelques sortes, l'aide à laquelle il consent. Cette aide ne repose donc pas sur l'expertise savante. Du moins ne repose-t-elle pas entièrement sur elle. En effet, le texte de la Charte reste relativement flou sur la nature et l'ampleur des risques que les personnes dépendantes peuvent prendre pour jouir de leur autonomie. L'autonomie ne justifie pas tous les risques. De façon plus prudente, ce n'est qu'un « certain risque » qui est le prix de l'autonomie. Une telle formulation laisse entendre qu'en définitive, tous les risques ne sont pas acceptables et que par conséquent la relation d'aide doit faire l'objet d'une négociation. Toujours est-il que la sécurité est, ici, mise en balance avec le bien-être dont la définition appartient moins au praticien qu'à la personne âgée elle-même à qui un « droit au risque » est d'une certaine manière reconnu (J.J. Amyot, A. Villiez., 2004). Lorsque les contraintes liées à la sécurité ne sont pas tolérées, la prise de risque devient une option préférable car elle permet de préserver la qualité de la vie. Sous réserve toutefois que le risque soit placé sous contrôle afin que soient réduits son occurrence et ses effets. Ainsi la Charte prévoit que les individus doivent être avertis des risques qu'ils prennent. L'entourage doit, de la même manière, être prévenu. La vigilance et l'auto-vigilance sont ainsi appelées à se combiner.

Dans ce cadre, la personne affaiblie par l'âge n'est plus considérée comme un sujet passif, incapable d'exprimer sa volonté, mais au contraire comme un acteur dont les décisions sont recevables quand bien même celles-ci l'exposent à certains risques. Paradoxalement, un tel retournement de problématique ne signifie pas que la personne âgée est maintenant considérée comme suffisamment robuste pour affronter toutes sortes de risques. Bien au contraire, le « droit au risque » semble très étroitement liée à l'émergence de la notion de fragilité. C'est précisément parce qu'il est admis qu'en raison de sa situation de fragilité, la personne âgée « risque » de basculer dans un état critique, que la sécurité ne peut lui être imposée et que le « droit au risque » peut lui être reconnu. Dans ces conditions, la posture de vigilance n'est pas renvoyée à la périphérie de la relation d'aide ; elle en constitue pratiquement le cœur.

La fragilité

La notion de fragilité, qui apparaît dans les années quatre-vingt principalement dans le milieu de la gériatrie, signale un infléchissement dans la manière d'aborder les difficultés que rencontrent les sujets âgés dépendants. Progressivement, l'approche en termes de fragilité tend à se substituer à une approche plus classique principalement fondée sur le repérage des incapacités ou des pathologies. Toutefois, il serait probablement erroné de parler d'un véritable changement de paradigme dans la mesure où coexistent un très grand nombre de définitions de la fragilité, dont certaines sont encore très marquées par l'approche déficitaire. Ainsi, la notion de fragilité peut être utilisée pour définir l'état des personnes qui souffrent d'un certain nombre de carences (perte d'énergie et de vitalité), d'une série d'altérations fonctionnelles, d'épuisement des réserves ou bien encore qui cumulent plusieurs signes cliniques sous la forme de syndromes. La fragilité semble ici plutôt employée comme simple synonyme de déficience.

Mais même dans ces cas-là les approches ne se recouvrent pas complètement. La fragilité renvoie en effet à un état, quand l'incapacité évoque plutôt un attribut de la personne. Or une chose est de qualifier les sujets par leurs manques, autre chose est de les aborder sous l'angle de leurs aptitudes à gérer ou non ces manques. C'est en effet, l'un des apports de la notion de fragilité que de considérer que la personne âgée est en fait au centre d'un système complexe qu'elle est, de fait, amenée à réguler. La fragilité désigne alors un affaiblissement des capacités de régulation de ce système.

Certes, les gériatres et les gérontologues ont d'abord proposé une vision assez restrictive de la fragilité en n'entendant le système complexe que d'un point de vue physiologique, biologique ou fonctionnel. Dans ce cadre, l'adoption de la notion de fragilité ne modifiait pas forcément la relation d'aide. Les praticiens pouvaient continuer à définir leurs protocoles sans informer le sujet ni chercher sa participation. La fragilité les obligeait simplement à adopter une démarche de plus grande précaution et à être plus attentifs aux éventuelles conséquences négatives de leurs interventions sur le système. Mais, les définitions de la fragilité se sont multipliées et enrichies (M. Dramé et alii, 2004). La notion de système a été par ailleurs considérablement élargie à la fois dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, la fragilité a été envisagée sous un angle dynamique. On a parlé alors d'équilibre instable, précaire mais aussi de processus réversible, imposant par conséquent un travail continu d'adaptation. Dans l'espace, le système considéré s'est élargi aux interactions de la personne âgée avec son environnement, son milieu social, les professionnels, le réseau des aidants. La notion de « personne âgée en situation de fragilité » est alors préférée par certains à celle de « personnes âgées fragiles » jugée trop essentialiste et stigmatisante (B. Ennuyer, 2004). Mais au-delà, c'est le sujet en tant qu'acteur qui est pris en compte, son éventuelle absence, son défaut d'implication ou de consentement, étant considéré comme l'un des facteurs importants de fragilité, quelque soit par ailleurs l'importance et la qualité des aides dispensées. Concrètement, la protection et la mise en sécurité peuvent très bien s'avérer iatrogènes si elles ne bénéficient pas du consentement du sujet. Inversement, la prise de risque, qui allège les contraintes du présent et les diffère dans un futur hypothétique, est susceptible d'atténuer la fragilité de la personne concernée.

Les formes de la vigilance

Dans ce contexte, la relation d'aide change de perspective. Elle consiste moins à rétablir des situations qui se sont détériorées ou à compenser des déficits, qu'à accompagner le sujet - considéré comme autonome - dans le maintien d'un équilibre qualifié d'instable, de fragile et donc susceptible à tout moment de vaciller. On peut comprendre alors que dans un tel paysage, la vigilance soit très présente, voire même constitutive de la relation d'aide. Les modalités d'exercice de la vigilance sont ici très éloignées de celles que nous avons évoquées dans le cadre du modèle paternaliste. Dans la mesure où les facteurs de déstabilisation de l'équilibre sont multiples et se situent sur plusieurs registres – médicaux, sociaux, familiaux, psychologiques, environnementaux etc.... – la vigilance tend à devenir multipolaire et à se distribuer dans des réseaux. Depuis quelques années, en effet, les réseaux de prise en charge des personnes âgées tendent à se développer, sous diverses formes : Coordinations Gérontologiques, Centre Locaux d' Information et de Coordination, réseaux de santé. Or, ces réseaux qui articulent professionnels, structures d'aide et de soins, bénévoles, familles, entourage et usagers sont d'une certaine manière une alternative à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation définitive. Ils permettent en principe de répondre aux demandes des personnes âgées qui entendent généralement rester chez elles malgré leur fragilité. Avec ce type d'organisation, la vigilance n'est plus une fonction assurée uniquement par l'hôpital ou l'institution. Elle est aussi partagée avec les aidants, les professionnels, les bénévoles et parfois même avec les usagers eux-mêmes, appelés à se manifester ou à signaler certains désordres éventuellement grâce à l'assistance de nouvelles technologies. Certes, les coordinations ont surtout pour objectifs de recenser les besoins des personnes âgées et de définir les modalités de soutien. Mais au-delà, elles peuvent être considérées comme des supports de circulation de l'alerte. L'institutionnalisation étant généralement considérée comme une solution extrême qui, pour toutes sortes de raisons, doit être différée et si possible provisoire, ce sont les capacités de réaction face à l'occurrence des risques qui jouent comme facteur de stabilisation de la personne âgée dans son milieu. Or ces capacités réactives dépendent pour une large part de la façon dont se partagent les informations entre ceux qui sont engagés dans les dispositifs de type réticulaire.

Multipolaire, la vigilance s'inscrit aussi dans la durée puisqu'elle est plus orientée vers la gestion des risques et leur prévention que vers leur éradication. Dans la logique des réseaux, la restauration d'un équilibre vacillant passe, autant que faire se peut, par un surcroît de vigilance. Inversement, les solutions rigides et contraignantes pour le sujet, tendent à être disqualifiées. Par exemple l'enfermement, la contention qui permettent le relâchement de la vigilance de la part des aidants, font de plus en plus l'objet de vives critiques comme en témoigne la récente conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir (Anaes, 2005). Mais, concernant les personnes fragiles, cette liberté de mouvement ne peut être assurée sans renforcement de la vigilance (pour éviter les chutes par exemple). Ce maintien de la posture de vigilance dans le temps nécessite alors de fréquentes ré-agencements des réseaux de soutien. C'est ce que font les familles lorsqu'elles disent devoir s'organiser au jour le jour pour faire face à l'évolution des pathologies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer. Mais c'est aussi dans cet esprit que commencent à être créés ici ou là, des centres de crise où les personnes âgées peuvent être hébergées un moment, le temps qui est nécessaire pour que les réseaux de soutien puissent s'adapter aux nouvelles situations de fragilité.

Le partage de la vigilance entre plusieurs pôles du réseau peut laisser penser à une sophistication du modèle panoptique. Effectivement, la personne âgée fragile se trouve au centre d'un réseau plus ou moins maillé qui la surveille. D'ailleurs, ce type d'organisation ne manque pas de faire l'objet de vives critiques. Ainsi pour B. Ennuyer, « la labellisation des CLIC, entre autres, est clairement un procédé subtil d'enfermement des vieux à risque, dont

on nie la qualité de sujet, en leur imposant des équipes médico-sociales d'évaluation, des étiquettes GIR (groupe iso ressources) et des filières de soins ». (B. Ennuyer, 2002). Il est vrai que rien ne garantit que les réseaux ne se transforment pas finalement en dispositif « subtil » d'enfermement « hors les murs ». Cela dit, l'examen du fonctionnement de ces réseaux montre que la vigilance n'est pas forcément unidirectionnelle, uniquement focalisée sur le sujet fragile. La vigilance semble en effet relativement « croisée », car ce n'est pas seulement la personne âgée qui est fragile, mais le réseau de co-dépendance lui-même qui, faisant système autour d'elle, est en permanence menacé de déstabilisation. (H. Thomas, 2004). Cette situation n'échappe pas d'ailleurs aux praticiens des centres de crises qui, quand ils accueillent des patients, prennent en compte la situation de l'entourage et sa fragilité. Bien souvent d'ailleurs, ceux-ci constatent que la personne accueillie est moins souffrante et moins fragile que l'entourage de celle-ci.

Mais la vigilance est aussi croisée parce que les familles portent souvent une attention soutenue au fonctionnement des institutions et aux modalités de prise en charge des parents qui y sont placés. Les institutions commencent à intégrer cette demande de vigilance notamment en raison de plusieurs dispositions réglementaires et législatives qui tentent d'élargir les droits des résidents. Certaines d'entre elles prennent des mesures qui autorisent le traçage de tous les actes d'aide et de soins dont bénéficient les personnes hébergées. Tous les gestes (du ménage aux soins proprement dits) sont en effet consignés sur des registres pratiquement en temps réel. Il faut dire que ce traçage permet tout autant aux familles d'exercer leur vigilance qu'aux institutions de se couvrir juridiquement au cas où leurs interventions venaient à être mises en cause par les familles. La loi du 2 janvier 2002 et celle du 4 mars 2002 renforcent cette dynamique de la vigilance croisée. La première institue des « personnes qualifiées » que les résidents peuvent désigner lors de leur entrée dans un établissement pour que celles-ci veillent au respect de leurs droits. La seconde prévoit que le patient peut se faire représenter par une « personne de confiance ». Celle-ci est notamment chargée de veiller au respect de la volonté du malade, y compris (et surtout) quand ce dernier n'est pas en mesure de l'exprimer.

Le retour aux normes ?

La vigilance distribuée n'est donc pas uniquement focalisée sur le sujet fragile. Elle semble bien pluridirectionnelle. Mais on peut alors se demander quels sont les critères qui autorisent le déclenchement des alertes. Il est clair que l'écart à la norme n'est pas ici le principal facteur déterminant. En effet, quand il est librement choisi, cet écart n'a pas à être réduit sauf à violer le principe du consentement. On a vu par ailleurs que des dispositifs visaient même à garantir l'existence de ce consentement. Par conséquent, la vigilance n'est pas orientée par la recherche du retour de la norme. Pour autant, elle fait naître une intervention, une aide, un soutien, faute de quoi la vigilance s'annule comme vigilance. Peut-être est-il possible d'avancer qu'une telle posture de vigilance est un préalable non pas à l'imposition mais à la négociation de la norme. Dans cette perspective, ce n'est pas le respect de la norme substantielle qui est l'objet de la vigilance. C'est bien plutôt le bon fonctionnement des « jeux de normalisation douce » (D. Fassin, D. Memmi, 2004) au travers desquels les individus sont amenés à intérioriser les normes d'autonomie c'est-à-dire à adopter des attitudes leur permettant d'(auto)gérer au mieux leur insertion dans les réseaux d'attachement.

Mais le niveau optimal de cette (auto)gestion ne fait l'objet d'aucune définition préalable et ne peut être apprécié au regard d'aucun modèle de référence. Il dépend de l'appréciation

subjective de chacun. La norme d'autonomie est par conséquent une norme « procédurale » et c'est en direction du respect d'une telle norme que la vigilance semble s'exercer. En d'autre terme, ce n'est pas le jeu qui est la cible de la vigilance, mais plutôt les comportements risquant de provoquer le hors-jeu. Certes la focalisation sur la limitation des excès (D. Memmi, 2003) produit de la norme par défaut. Toutefois, le contenu substantiel de cette norme n'est pas énoncé. Ainsi les personnes âgées soutenues par les dispositifs qui adoptent la démarche de vigilance que nous venons d'évoquer ne sont pas appelées à suivre tel ou tel modèle de comportement. Les aidants cherchent plutôt à n'intervenir qu'à la limite de la rupture, au moment même où risquent de se produire les excès pour en éviter l'occurrence, tout en tentant d'éviter la coercition et la contrainte.

Nous pouvons évoquer plusieurs exemples concernant de telles tentatives. Le premier est relatif à la question de la régulation des attachements. Avec l'avancé en âge, en effet, les personnes fragiles s'engagent dans des processus de déprise (S. Clément., J. Mantovani 2004) au cours desquels les réseaux d'attachement s'affaiblissent et se raréfient. Elles sont alors amenées, non sans déchirement, à faire le deuil de certaines liaisons et à réaménager sans cesse leurs réseaux relationnels et à mobiliser de nouveaux supports (V. Caradec, 2005) sans que quiconque ne puisse définir quels sont les bons attachements, quelles sont les bonnes distances ou les bonnes proximités susceptibles de conduire vers de nouvelles situations d'équilibre. Dans ces conditions, l'attention des aidants ne se porte pas sur les attachements souhaitables, mais plutôt sur les attachements qui semblent pathogènes, ceux qui risquent d'accroître un peu plus les situations de fragilité. Ainsi, l'attachement fusionnel entre une mère et son fils sera questionné, de même que l'attachement conflictuel entre deux époux, dans la mesure où de tels modes de relation rendent plus difficiles les éventuelles recompositions ultérieures. Mais les aidants qui, le cas échéant, parviennent à obtenir une transformation des relations ne dessinent pas, pour autant, la nouvelle configuration des attachements. Celle-ci tend à être laissée aux interactants. Mais une telle disposition suppose que les postures de vigilance ne soient pas abandonnées.

La gestion de la pudeur nous permet d'évoquer un second exemple. Dans les établissements, en effet, la question de la pudeur est parfois difficile à traiter. La pudeur est une relation à soi et à son propre corps et en même temps, une présentation de soi autorisant la communication avec les autres. Dans les institutions où le corps, objet de soins, est souvent exhibé, le non-respect de la pudeur peut être la cause de repli sur soi, de retrait social et par conséquent de fragilisation de la part des personnes exposées mais aussi de la part de celles qui peuvent assister aux scènes impudiques. La préservation de l'intimité de chacun est donc un enjeu important devant faire l'objet d'une vigilance soutenue. Or, les codes de la pudeur ne sont pas également partagés par tous. Il arrive notamment, que certains rejettent toute pudeur et, même cherchent en permanence à se dénuder de façon intempestive. Classiquement, la régulation de ce genre d'attitude passe par l'enfermement, la mise à l'écart du sujet qui risque d'indisposer les autres résidents. L'enfermement est une manière d'imposer une norme de comportement en renvoyant la nudité à l'espace privé. Mais il est rare qu'une telle mesure emporte le consentement de l'intéressé. C'est pourquoi, cette question de la pudeur est abordée d'une autre façon dans les services qui s'attachent à la préservation du consentement. Ici, les professionnels portent une certaine attention aux types de vêtements portés afin que ceux-ci ne puissent pas être enlevés trop rapidement ce qui laisse un temps pour la vigilance et la régulation. Là, les soignants interviennent en tant que de besoin et autant de fois qu'il le faut pour rétablir le niveau de pudeur socialement requis. Dans tous les cas, aucun changement de comportement n'est directement prescrit. L'objectif n'est pas d'obtenir des

personnes impudiques qu'elles adoptent la norme dominante. C'est plutôt « au fil de l'eau » que la question de la pudeur est traitée.

Dans le même esprit, la violence est gérée sur un mode similaire. Là encore, la solution de l'enfermement et de la contention du sujet violent est écartée, du moins dans la mesure du possible. En effet, à la différence des comportements impudiques, les comportements violents peuvent avoir des effets irréversibles. La préservation de la sécurité nécessite parfois des interventions contraignantes. Mais il est intéressant de noter que, dans certains services, les soignants s'efforcent de différer le plus possible, les mesures d'éloignement. C'est au travers d'un jeu subtil d'interactions que la violence tend à être domestiquée. Par exemple, la technique du « malentendu bien entendu » (V. Jankélévitch, 1980, F. La Cecla, 2002) est le plus couramment mobilisée dans une perspective de pacification des relations. En faisant « comme si » elle ne saisissait pas la violence du propos ou d'un geste, les soignants en restent à un niveau « normal » de relation, ce qui, bien souvent, interrompt le cycle interactif de la violence. Ainsi, la « norme » n'est pas imposée ni par la mise à l'écart autoritaire, ni par l'injonction à adopter une conduite ordinaire. Comme la pudeur, la violence est ici gérée de façon pragmatique, ce qui, bien entendu, nécessite le maintien d'une vigilance non relâchée.

Conclusion

Si l'autonomie est le privilège du sujet de droit, la fragilité en altère le statut. L'autonomie « reste une condition de possibilité » et « une tâche à accomplir » (P. Ricoeur, 2001). Elle est simultanément une hypothèse et une visée, paradoxe que le philosophe résume en ces mots : « Parce que l'homme est autonome, il doit le devenir ». Or, ce devenir est des plus incertains, lorsque les personnes sont « en perte d'autonomie ». Les dispositifs de vigilance que nous avons évoqués ici sont centrés sur cette recherche de préservation de l'autonomie des sujets en dépit de leur fragilité. Leurs animateurs pourraient probablement reprendre à leur compte le mot d'ordre lancé tout récemment par la Secrétaire d'Etat aux Personnes Âgées : « le bien vieillir, c'est pouvoir choisir ». Mais il est clair que la marge qui est laissée aux personnes aidées par de tels dispositifs est particulièrement étroite. Quand bien même le degré de tolérance est important, la perspective de la normalisation du « bien vieillir » n'est pas loin. C'est alors « par défaut » c'est-à-dire par la régulation (souple) des excès, qu'est imposée, en quelques sortes, la règle selon laquelle la vieillesse doit être « réussie » et finalement admise par les intéressés dans le calme et la sérénité.

Mais la marge est aussi étroite, car la reconnaissance du « droit au risque » peut conduire à la maltraitance et à l'abandon quand les éventuelles conduites à risque deviennent uniquement légitimées par la règle du libre-arbitre. Ou bien encore, quand, paradoxalement, la vigilance – et par conséquent la responsabilité – se trouvent non pas distribuées, mais diluées dans les réseaux de soutien. Il n'est pas rare que la frontière qui sépare le droit au risque de la vigilance échappe à la vigilance en raison de la fragmentation du système de responsabilité. Ainsi, les réseaux de vigilance n'offrent pas un haut niveau de garantie d'autonomie aux personnes fragilisées par l'âge. Ils oscillent finalement entre deux logiques qui limitent toutes deux les conditions de possibilité de l'autonomie : la logique de bienveillance qui n'est jamais véritablement écartée et, à l'opposé, la logique de laisser-faire, qui est fondée sur une vision libérale de l'individu. Mais c'est peut-être cette façon de tenir pragmatiquement ensemble ces deux logiques, irréductibles l'une à l'autre, qui contribue à atténuer les contraintes qui pèsent sur les personnes vieillissantes.

Amyot J.J. , Villiez A., 2001, /Risque et responsabilité, éthique dans les pratiques gériatologiques/, Editions Dunod.

Anaes, 2004, /Conférence de consensus, liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux, et obligation de soins et de sécurité/.

Bouquet B., 2004, /Ethique et travail social, une recherche sur le sens/, Editions Dunod.

Caradec V., « Les « supports » de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de déprise » in V. Caradec, D. Martuccelli (ed.), 2004, /Matériaux pour une sociologie de l'individu/ Editions Septentrion.

Clément S., Mantovani J. 1999, Les déprises en fin de parcours de vie, in /Gérontologie et Société/ n° 90, Editions FNG.

Dramé M. et alii, 2004, « La fragilité du sujet âgé : actualité – perspectives », in /Gérontologie et Société/, n° 109, Editions FNG.

Ennuyer B., 2004, « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », in /Gérontologie et Société/, n° 109, Editions FNG.

Fassin D., Memmi D., 2004, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Le gouvernement des corps, Editions de l'EHESS.

Henrard J.C., Ankri J., 2003, /Vieillesse, grand âge et santé publique/, Editions ENSP.

Ion J. et alii, 2005, /Travail social et souffrance psychique/, Dunod.

La Cecla F., 2002 /Le malentendu/, Balland

Le Sommer-Péré M., 2004, « Vieillesse, problèmes éthiques et personnes âgées », in /Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale/, PUF,

Memmi D. 2003, /Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort/, La Découverte.

Mistretta P., 2002, « La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Réflexions critiques sur un droit en pleine mutation », in /JCP – La semaine juridique/, Edition Générale

Ricoeur P., 2001, « Autonomie et Vulnérabilité » in /Le Juste 2/, Editions Esprit.